



Здоровье детей как критический фактор политики в области детства

Чечельницкая Серафима Моисеевна



**«Здоровье не является целью жизни, но
это важнейший ресурс для
повседневной жизнедеятельности,
позитивная жизненная концепция,
акцентирующая социальные,
психические и физические
возможности человека»**

Всемирная Организация Здравоохранения 1986 г.

Экологическая обстановка



Социальная сфера



Номинальная экспертная классификация здоровья:

- **показатели, характеризующие уровень физического развития (вес, рост, индекс массы тела, окружность головы и груди, развитие основных двигательных качеств);**
- **показатели функционального состояния организма (функциональное состояние центральной и вегетативной нервной систем, сердечно-сосудистой и дыхательной систем, внутренних органов, костно-мышечной системы, физическая подготовленность, сон);**
- **показатели, характеризующие уровень умственного развития (память, внимание, мышление, уровень интеллекта, успеваемость, объем знаний);**
- **показатели, характеризующие уровень личностного развития (Образ Я – самооценка, самоотношение, самопринятие; ролевая идентификация, коммуникативная компетентность, протраивание будущего, самореализация, креативность, коппинг-ресурсы, жизненные ценности, жизненные навыки);**

- **показатели, характеризующие устойчивость, сопротивляемость (стрессоустойчивость, частота острых заболеваний, отражающая состояние иммунитета, силовая выносливость, работоспособность, умственная работоспособность, психологические защитные механизмы);**
- **заболеваемость (аллергические заболевания, хронические заболевания, врожденные пороки и уродства, последствия травм, психосоматические реакции и состояния, функциональные отклонения в состоянии здоровья**
- **биологические факторы, влияющие на здоровье (наследственность, патология в родах, беременность, роды и кормление грудью)**
- **поведение, как показатель здоровья и фактор риска нарушений здоровья (сексуальное поведение, двигательная активность, аддитивное поведение, обращение за мед услугами, увлечения, хобби)**

- режим (дня, питания, отдыха, труда, двигательной активности, нагрузки, закаливание и гигиена)
- факторы окружающей природной среды: климатические условия – влажность, количество солнечных дней в году, температурный режим и т.д.; антропогенные и техногенные воздействия – загрязненность воздуха, воды, почвы, повышенный уровень радиации и т.д.; риск природных катаклизмов – извержение вулканов, сход селей, наводнения, риск цунами, землетрясения и т.д.
- факторы социальной среды: декларируемая политика государства по охране и укреплению здоровья населения, средства массовой информации, доступность и качество медицинских услуг, социальная поддержка в случае утраты трудоспособности; развитость сферы досуга, традиции, социальные нормы поведения в области здоровья, состояние сферы бытовых услуг – транспорт, магазины и т.д.

- **факторы семейной среды: тип/состав семьи, взаимоотношения в семье, материальное положение семьи, семейные традиции, наличие инвалидов и/или хронических больных в семье**
- **факторы профессиональной среды: педагогические воздействия, гигиенические условия труда, психологический микроклимат в коллективе, интерес к учебе/работе, достижения, перспектива карьерного роста, уровень образования, сфера деятельности.**



Протокол междисциплинарного обследования

1. Социальное обследование всего контингента с целью выявления обучающихся группы риска по безнадзорности и организации их сопровождения
2. 3-х этапный медицинский скрининг с целью выявления обучающихся с функциональными нарушениями здоровья, помощь которым должна оказываться в учреждениях образования
3. Психологический скрининг с целью выявления детей групп риска по отклоняющемуся поведению
4. Углубленное психологическое обследование с целью выявления детей, нуждающихся в оказании помощи в структурах Службы практической психологии в образовании
5. Оценка физического развития, физической подготовленности и физической работоспособности
6. Логопедическое обследование обучающихся начальной школы с целью своевременного выявления риска развития школьной неуспеваемости
7. Оценка распространенности поведения, связанного с риском для здоровья, в подростковой и молодежной среде

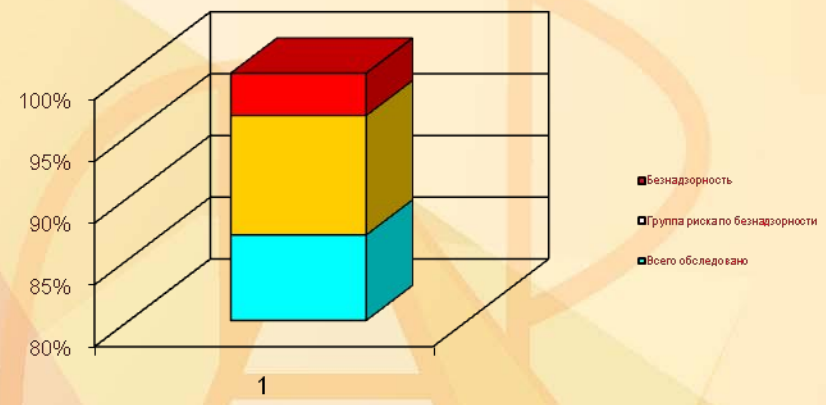
Безнадзорный - несовершеннолетний, контроль за поведением которого отсутствует вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения обязанностей по его воспитанию, обучению и (или) содержанию со стороны родителей или законных представителей либо должностных лиц.



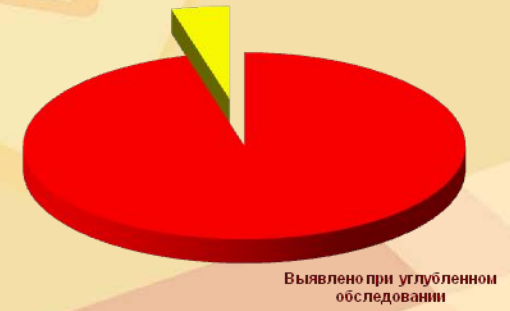


Результаты социального обследования

- **Этапы обследования:**
- ✓ **Заполнение социального паспорта классным руководителем на каждого ребенка**
- ✓ **Заполнение социальной анкеты на детей группы риска по безнадзорности социальным педагогом**
- ✓ **Сопровождение безнадзорных детей социальным педагогом в процессе диспансеризации**



Ранее состояло на учете в УСВ

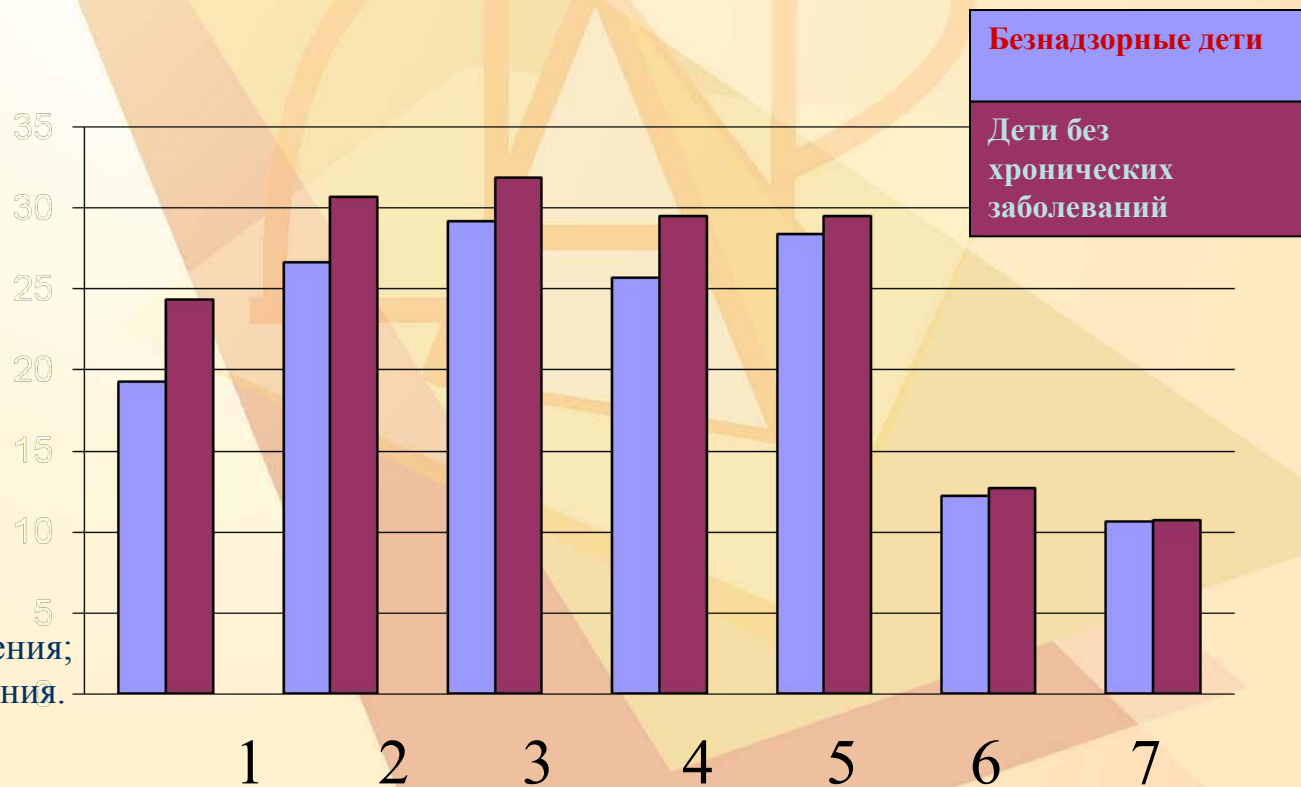


Медико-психолого-педагогические проблемы безнадзорных подростков

Признаки, которые настораживают учителя	Вся обследованная популяция	Безнадзорные дети
1. Трудности обучения	11%	49%*
2. Снижение успеваемости	6,6%	29%*
3. Быстрая утомляемость, трудности концентрации внимания, снижение работоспособности	9,6%	33,8%*
4. Плаксивость, обидчивость, частые смены настроения	5%	18,5%*
5. Грубые, агрессивные формы поведения, раздражительность	3,8%	27,2%*
6. Чрезмерная подвижность, неусидчивость	7,4%	26%*
7. Негативизм, непослушание	2%	21%*
8. Случаи ухода из дома, прогулы школы	2%	40%*
9. Случаи курения, употребления алкоголя, наркотиков	2,4%	30,8%*

Качество жизни безнадзорных подростков

- 1 - шкала физического функционирования;
- 2 - шкала двигательного функционирования;
- 3 - шкала автономного функционирования;
- 4 - шкала познавательного функционирования;
- 5 - шкала социального функционирования;
- 6 - шкала позитивного настроения;
- 7 - шкала негативного настроения.





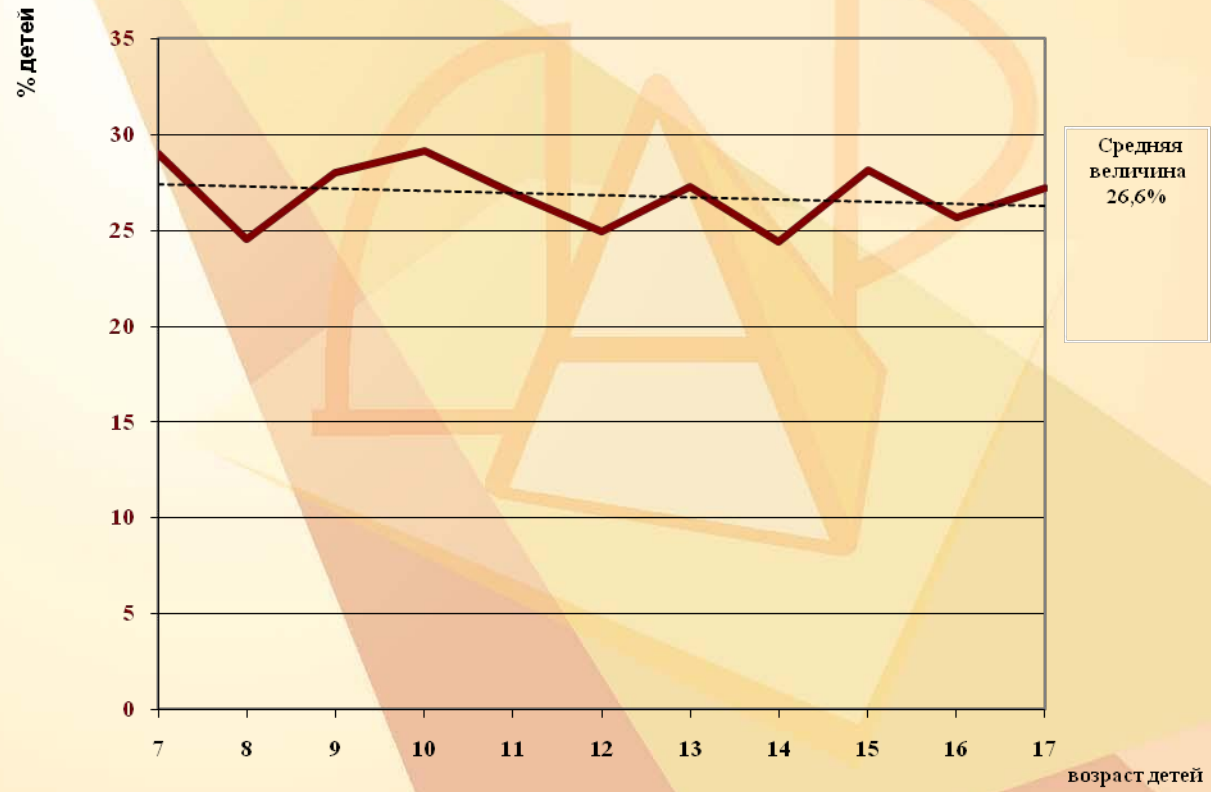
Распределение обследованных детей по группам здоровья

Дети с врожденными пороками развития, аномалиями, не осложненными заболеваниями одноименного органа или тяжелым нарушением функции данного органа, наблюдаются по II группе здоровья без проведения активного противорецидивного и физиотерапевтического лечения. Группа по физкультуре – основная, участие в соревнованиях - по показаниям. (Методические рекомендации по организации диспансеризации детского населения. Москва 1991)



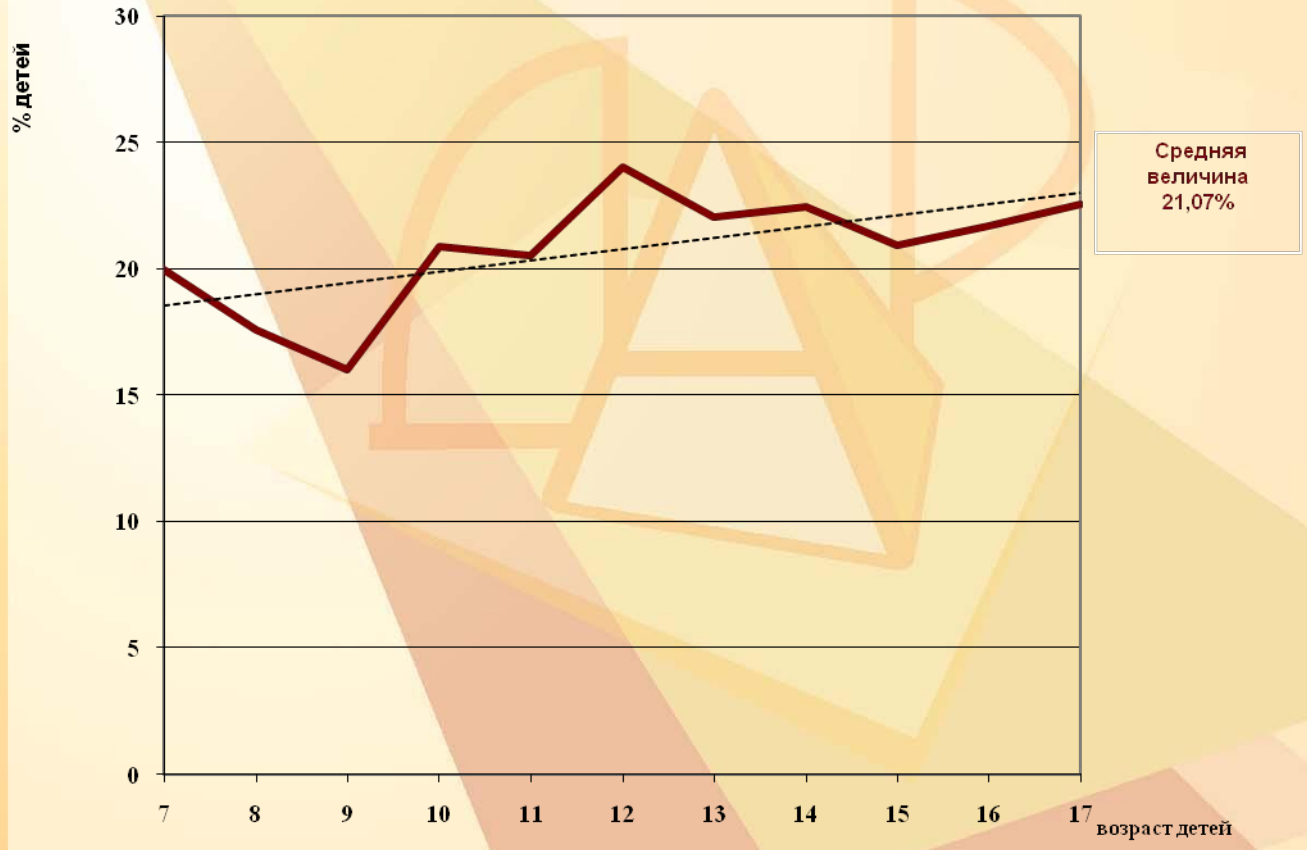


Процент детей, имеющих 1 диагноз



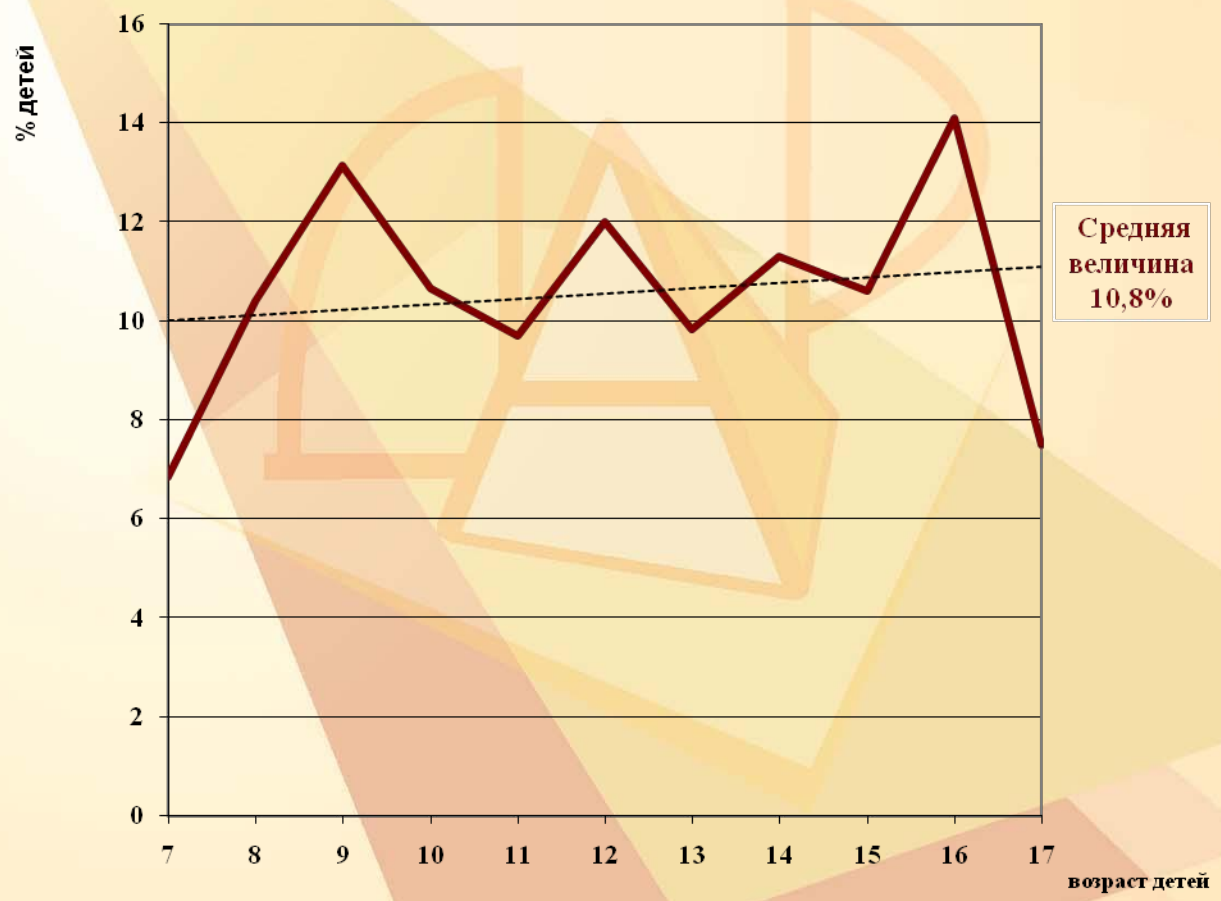


Процент детей, имеющих 2 диагноза



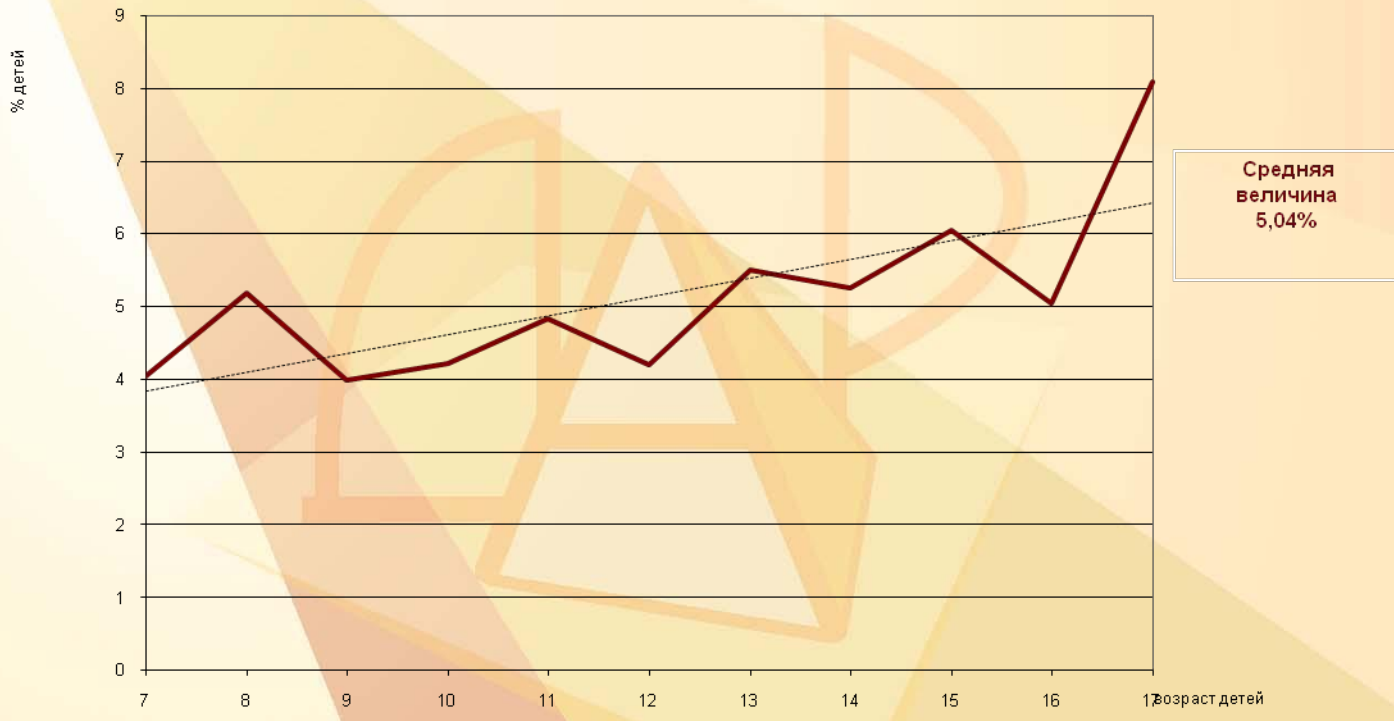


Процент детей, имеющих 3 диагноза





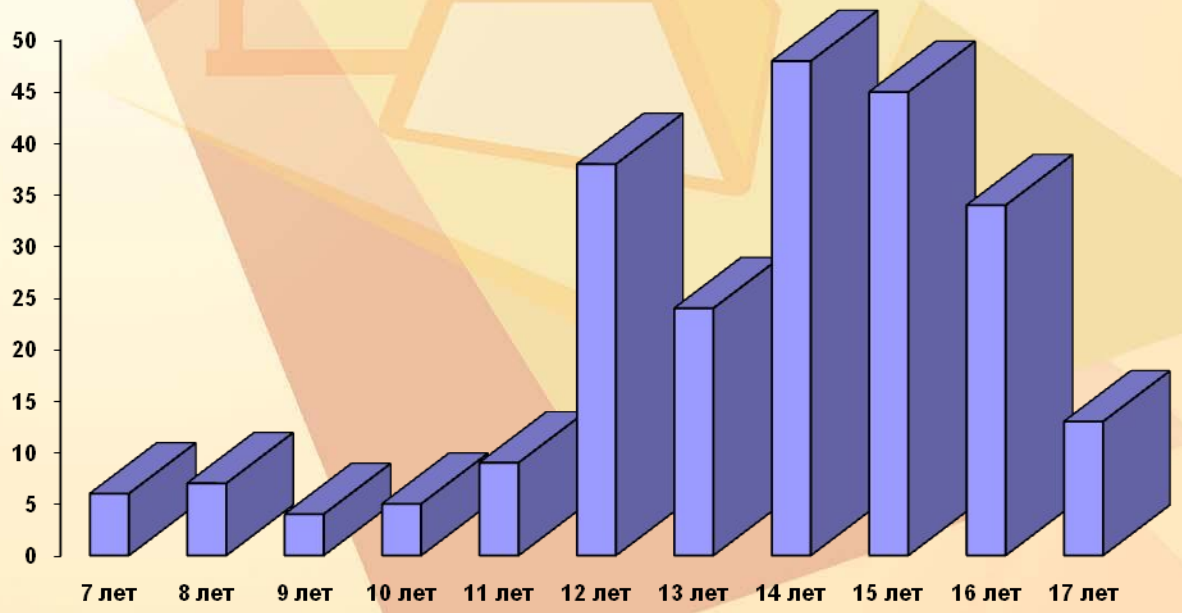
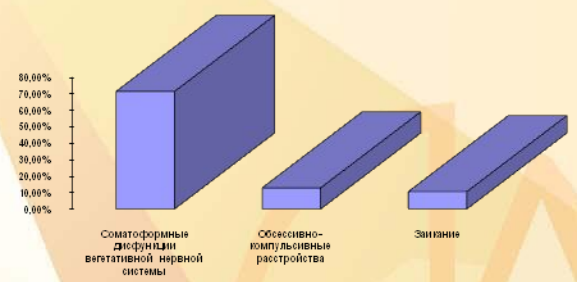
Процент детей, имеющих 4 диагноза





Распространенность нервно-психических расстройств и их возрастная динамика у школьников

**Группа психических расстройств и расстройств поведения (МКБ 10)
66,6 промилей в популяции**

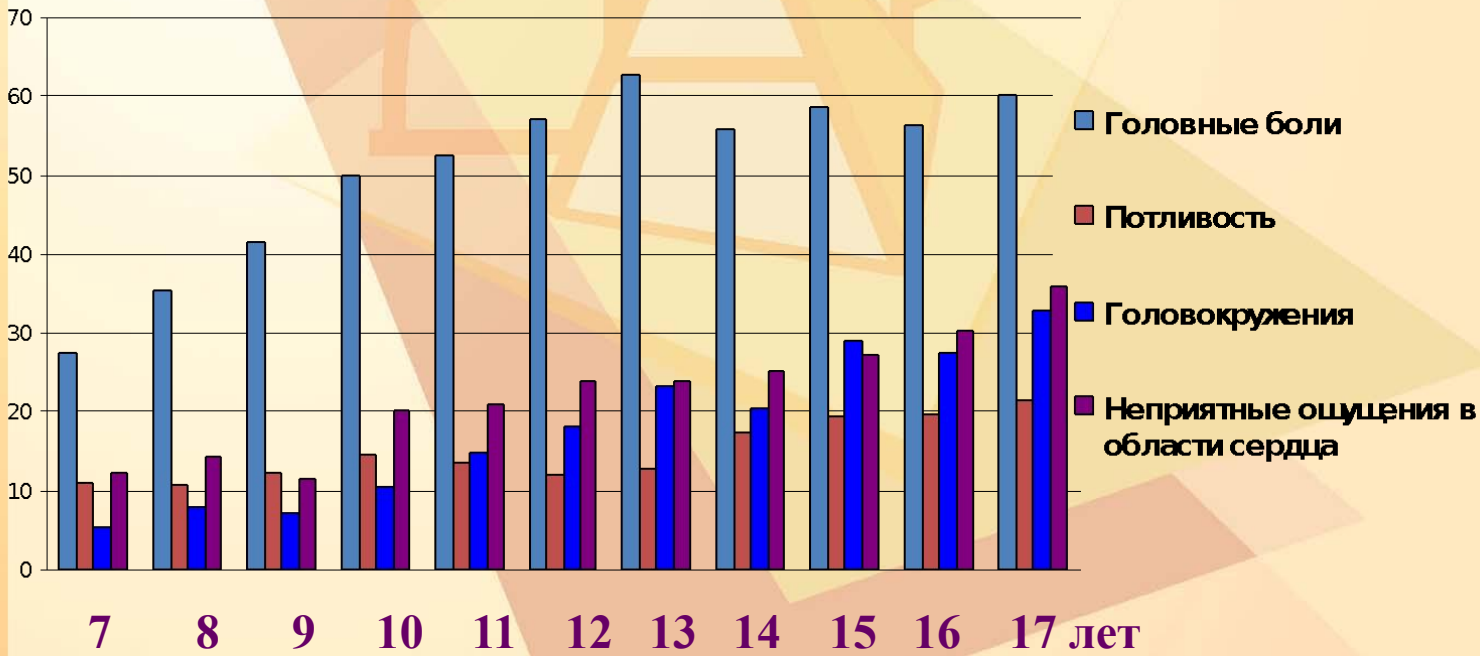




Ф. Эрисман 1887 г.

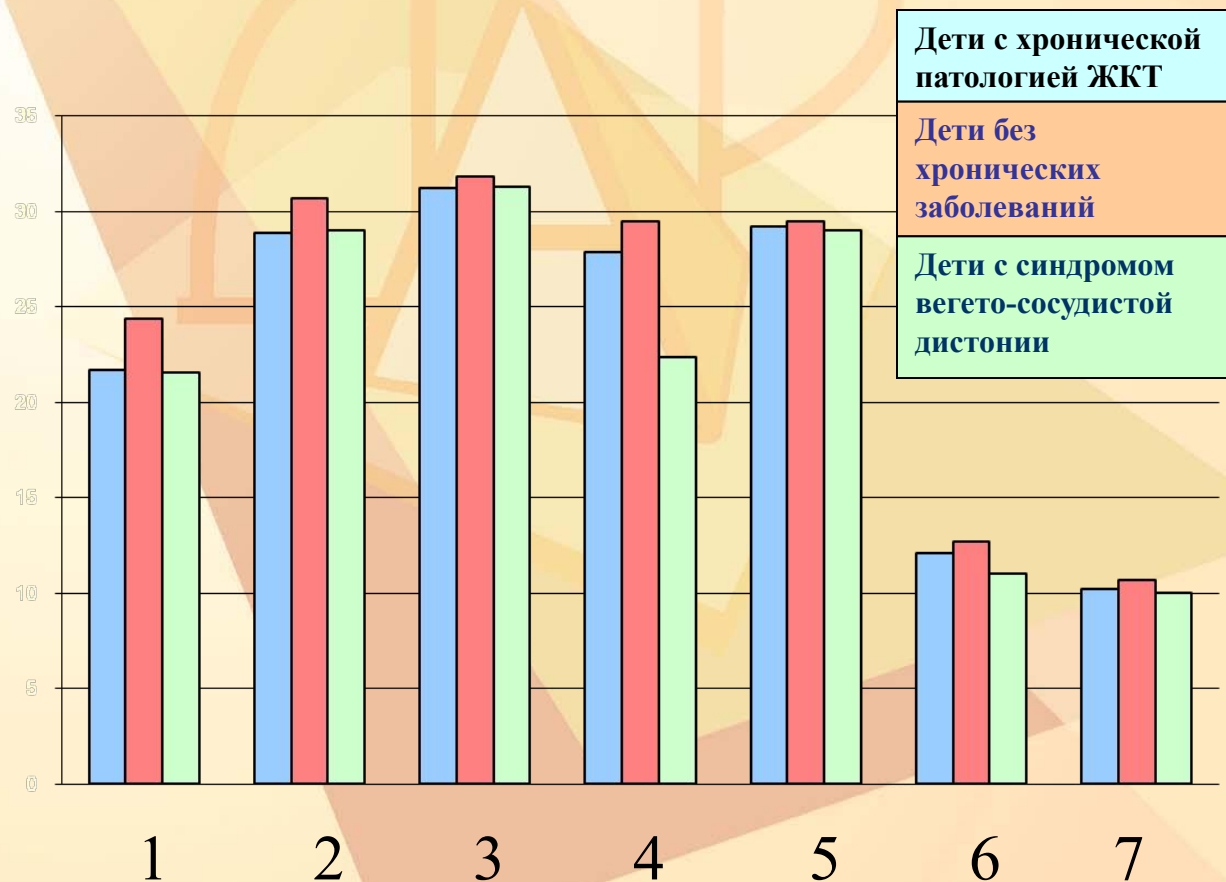
«Доктор Нестеров, исследуя 216 человек учащихся в одном из средних учебных заведений Москвы, нашел среди них 71 человека, или 32%, нервная система которых была найдена ненормальной, причем, эти нервные расстройства (повышение психической чувствительности, головные боли, периферические невралгии, сердцебиение и т.д.) оказались резко прогрессирующими с каждым классом: в младших классах их было 8-20%, а в старших - 60-70%»

Г. Вологда 2002 г.



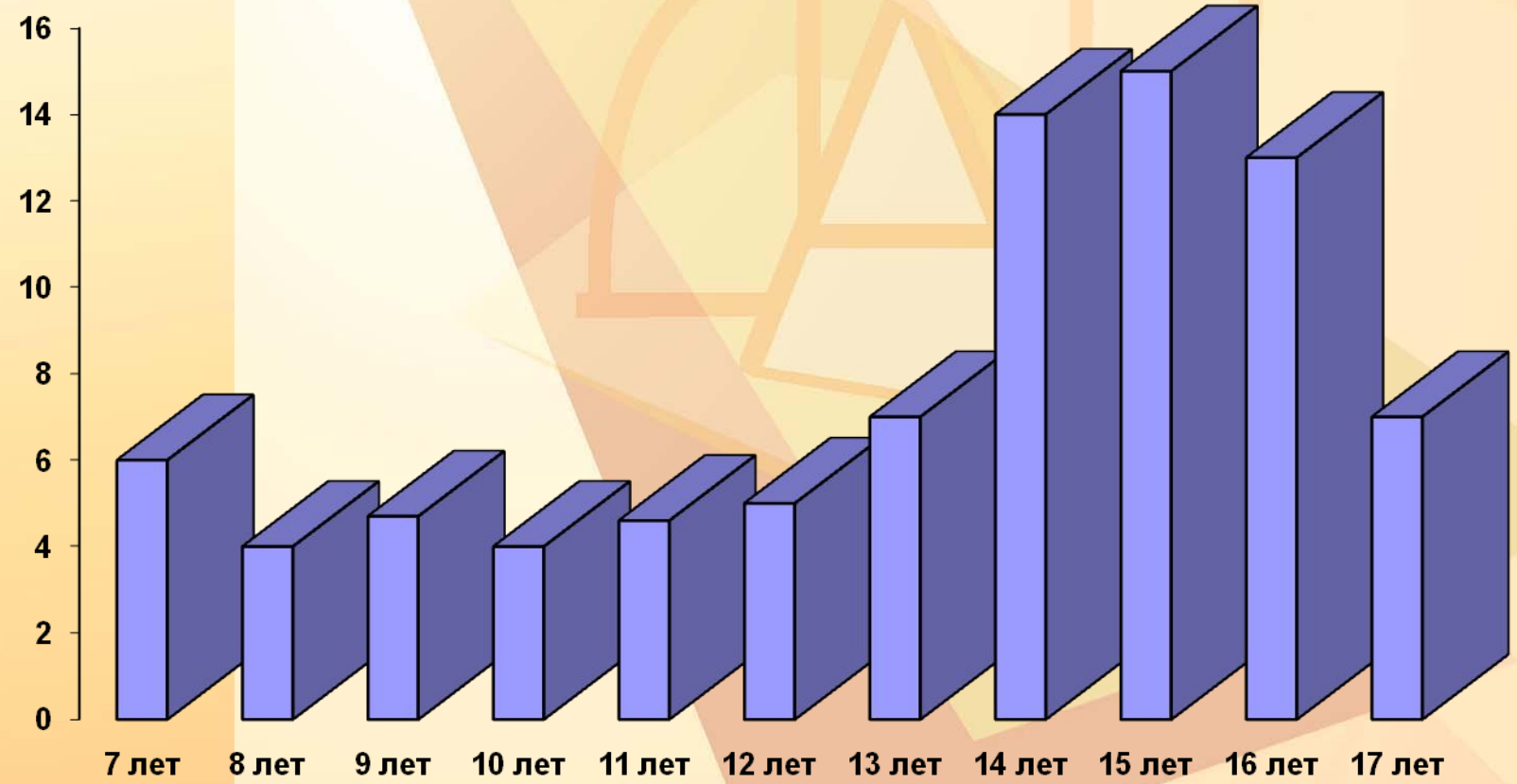
Влияние состояния здоровья на качество жизни подростков

- 1 - шкала физического функционирования;
- 2 - шкала двигательного функционирования;
- 3 - шкала автономного функционирования;
- 4 - шкала познавательного функционирования;
- 5 - шкала социального функционирования;
- 6 - шкала позитивного настроения;
- 7 - шкала негативного настроения.

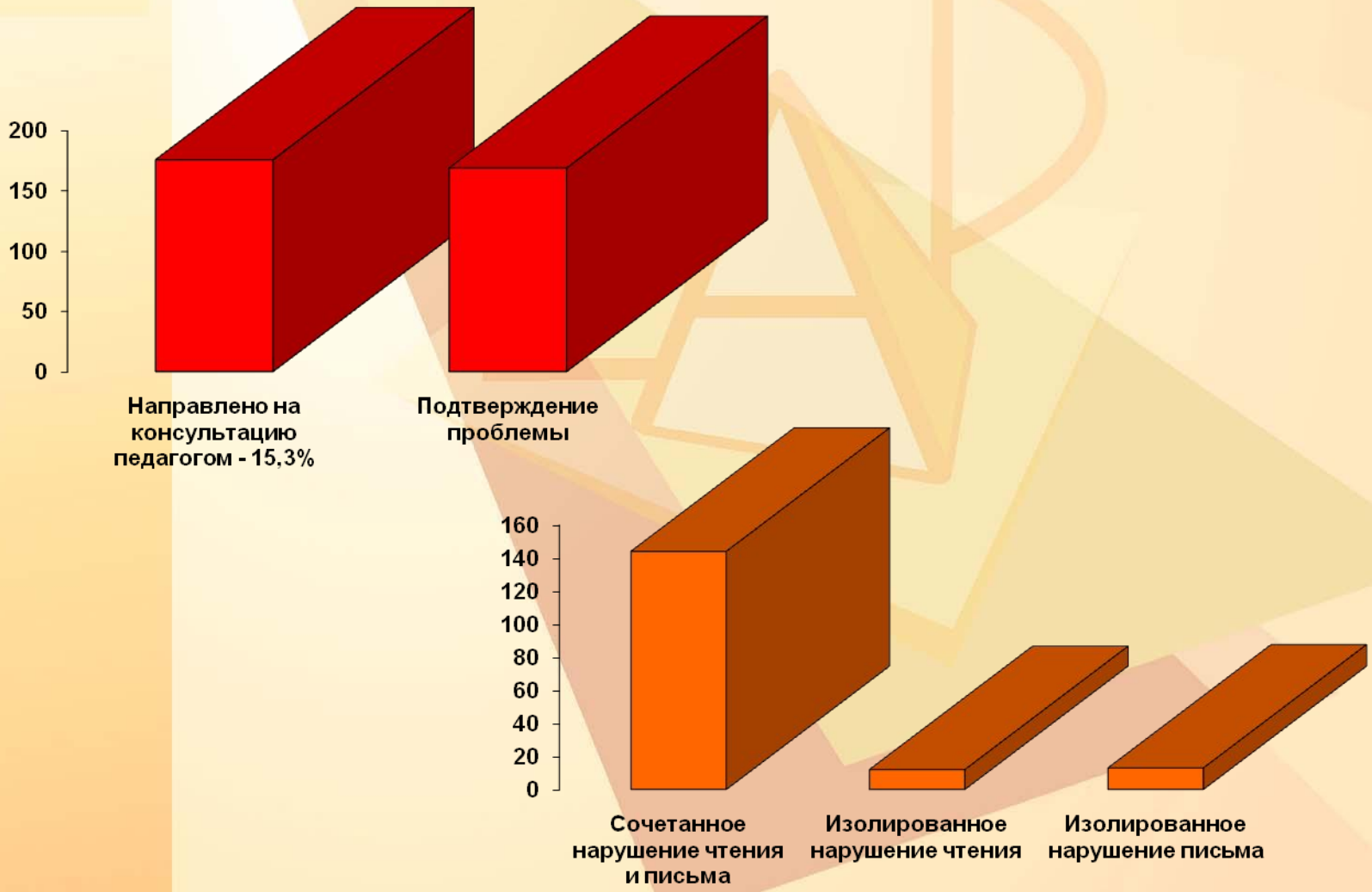




Возрастная динамика железодефицитной анемии

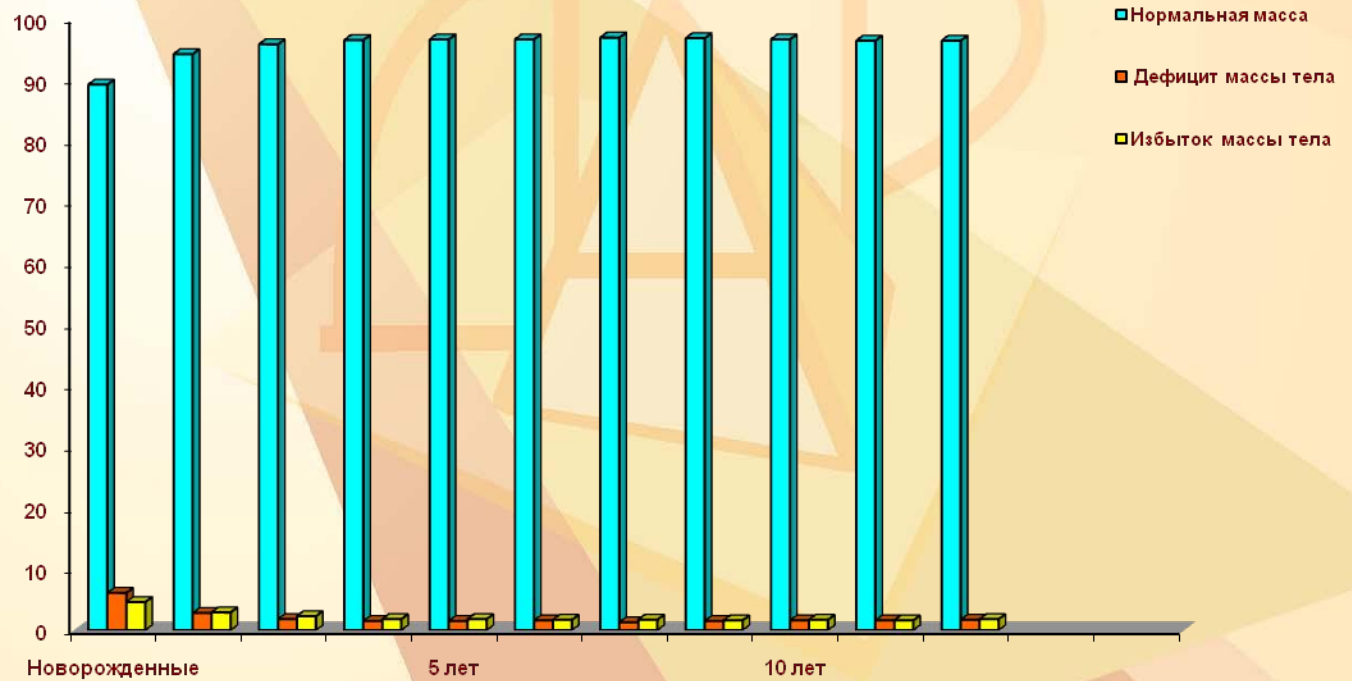


Количество детей 1-4 классов с речевой патологией и ее истинная структура





Физическое развитие детей г. Москвы по данным здравоохранения



«Физическое развитие - это совокупность морфологических и функциональных признаков в их взаимосвязи и зависимости от окружающих условий, характеризующих процесс созревания и функционирования организма в каждый данный момент времени»

(В.И. Ильинич, 1999).

«Жизненная емкость легких, МПК в условиях физической работы и двигательные качества, такие как сила, быстрота, выносливость, ловкость и гибкость, комплексно тестируемые, при определенных условиях могут быть достаточно информативными в оценке уровня физического развития»

В.М. Зацiorский (1966):

Развитие двигательных качеств

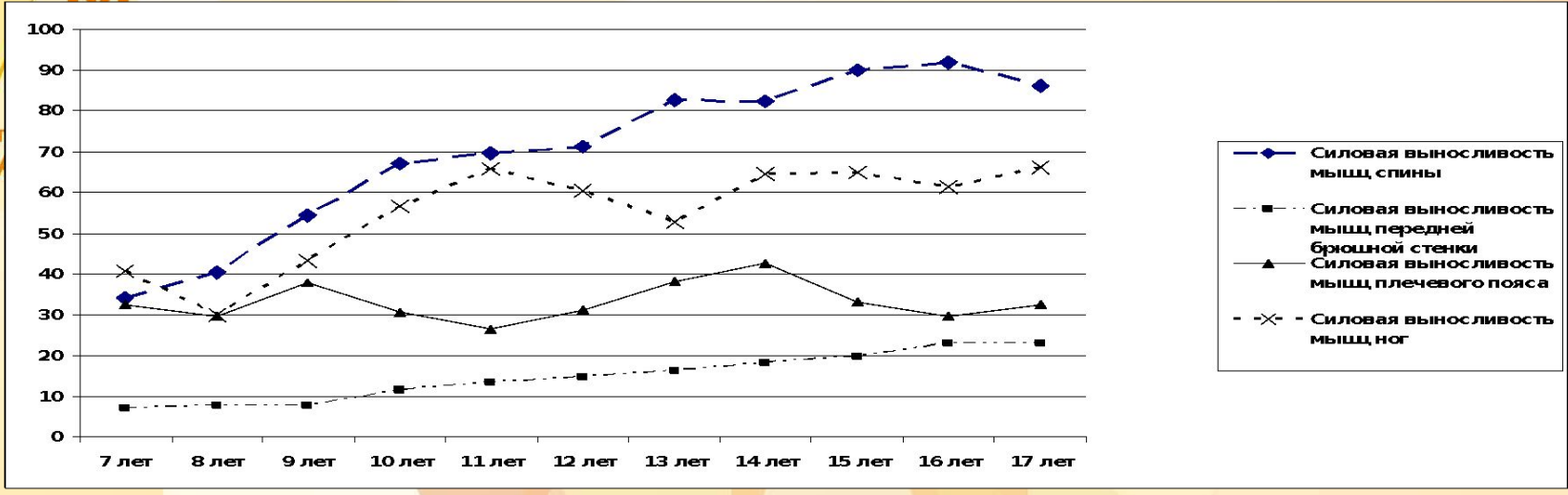


Рис. 7. Динамика показателей силовой выносливости основных групп мышц у девочек с 7 до 17 лет

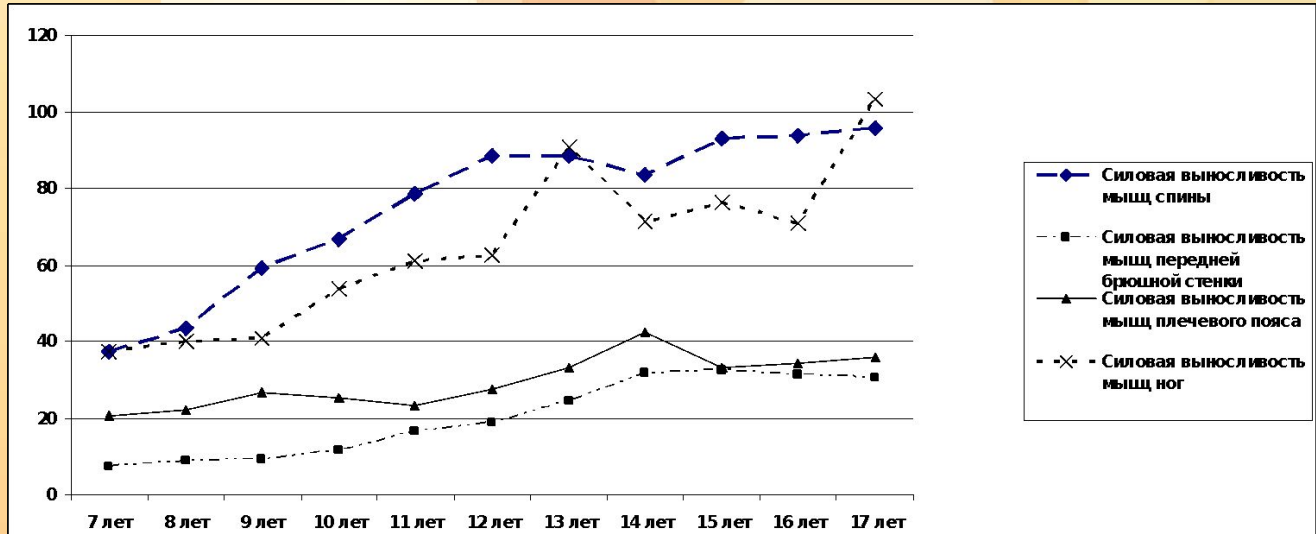


Рис. 8. Динамика показателей силовой выносливости основных групп мышц у мальчиков с 7 до 17 лет

Развитие двигательных качеств

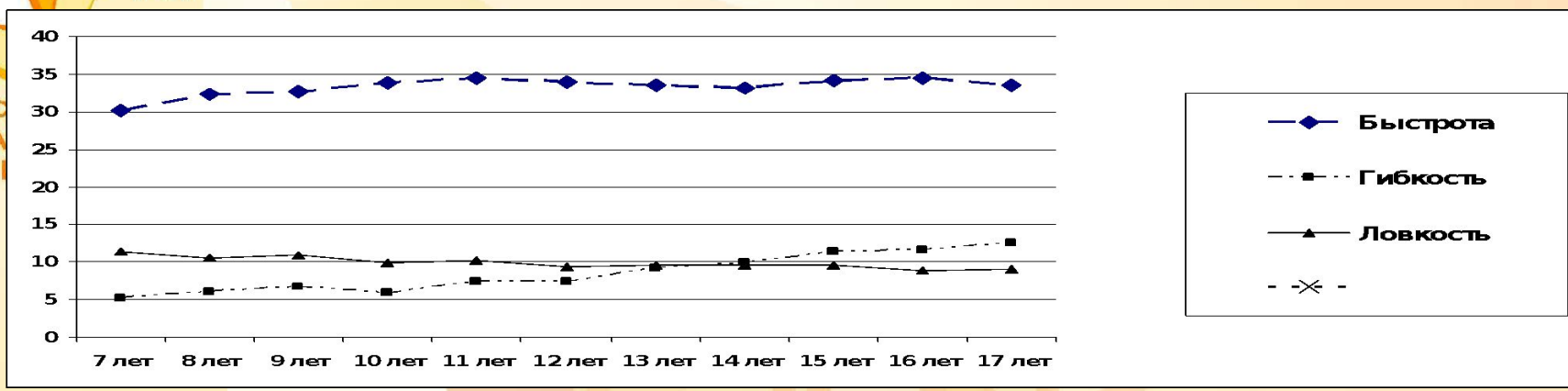


Рис. 9. Динамика показателей быстроты, гибкости, ловкости у девочек с 7 до 17 лет

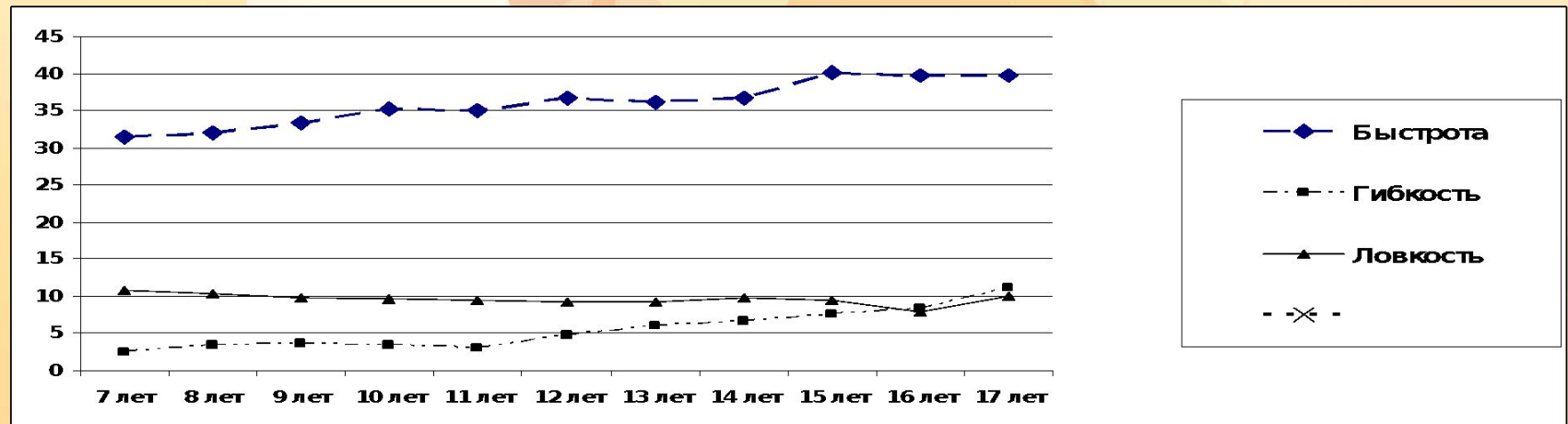
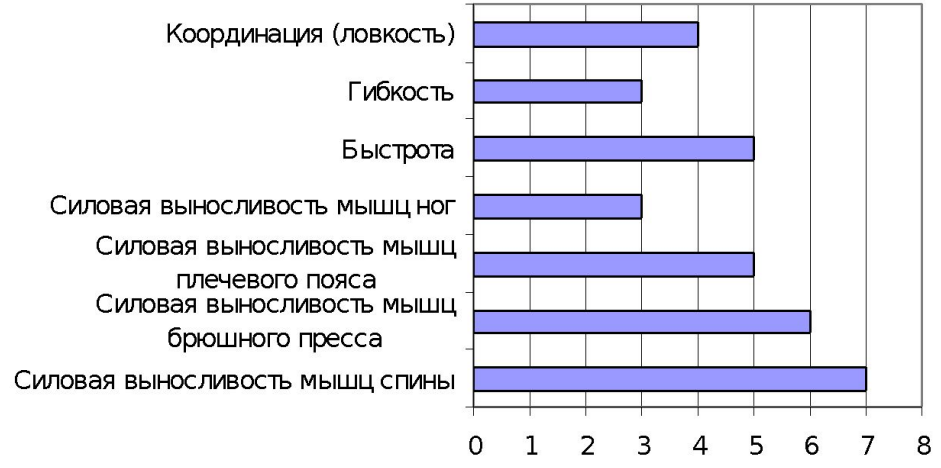


Рис. 10. Динамика показателей быстроты, гибкости, ловкости у мальчиков с 7 до 17 лет

Гармоничное развитие физических качеств

Девочка 14 лет



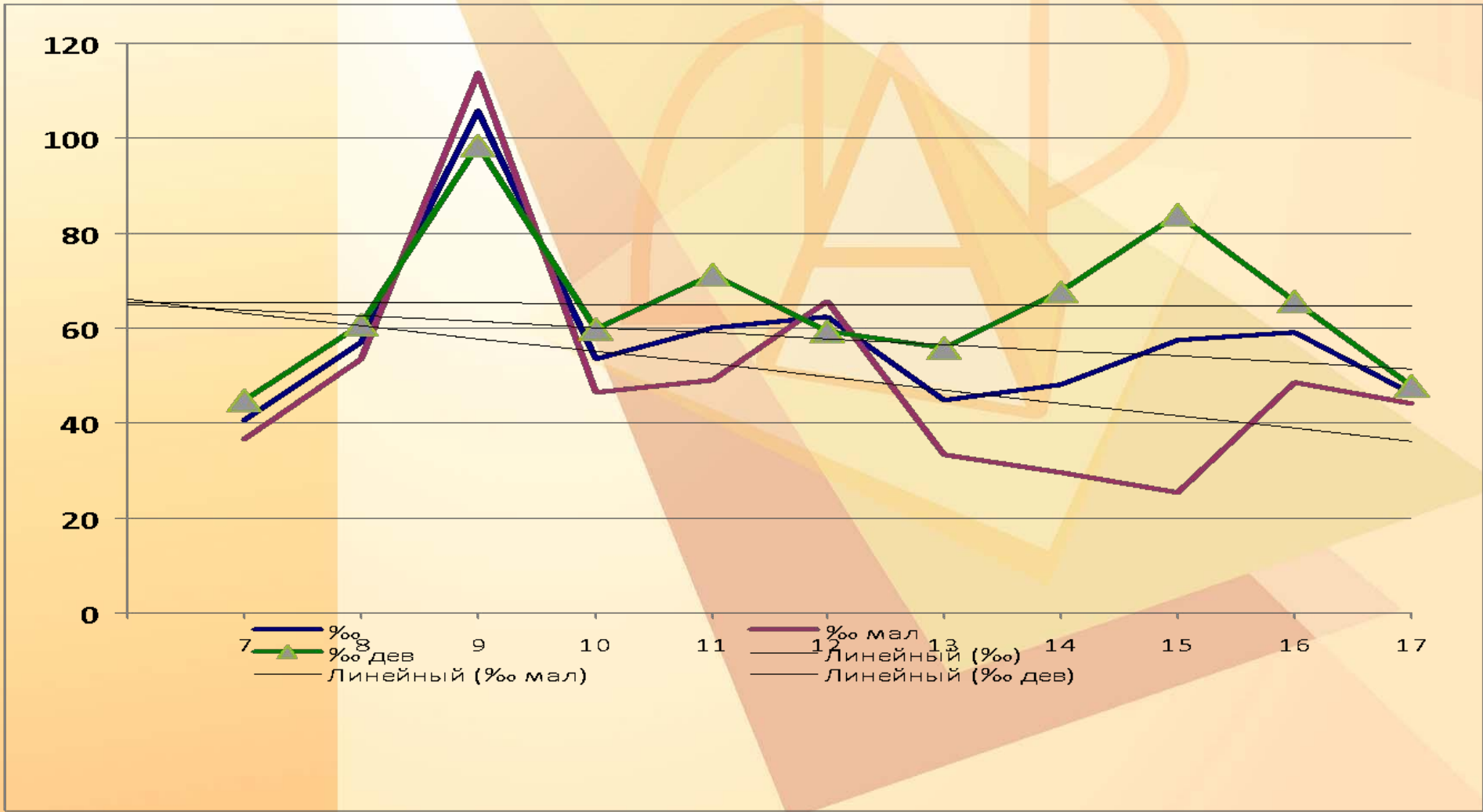
Мальчик 14 лет



Дисгармоничное развитие физических качеств



Общий тренд показателя распространённости заболеваний (кифоз, кифоз позиционный, инфантильный юношеский сколиоз, юношеский сколиоз) для девочек за период от 6 до 17 лет остаётся практически горизонтальным, а для мальчиков за этот же период характеризуется снижением с 64‰ до 40‰





Физиологические особенности детей с нарушениями осанки

Показатели длины тела связаны с нарушениями осанки и у девочек и у мальчиков, связь прямая, средней силы ($r=0,35$ для мальчиков и $r=0,25$ для девочек при $p<0,05$).

Дети с нарушениями осанки в сагиттальной и фронтальной плоскости отличаются от своих сверстников более высоким ростом (152,6 и 148,8 при $p<0,05$).

Уровня достоверности выявленные различия достигают в 7–8 лет, 11 – 13 лет и 15 лет.

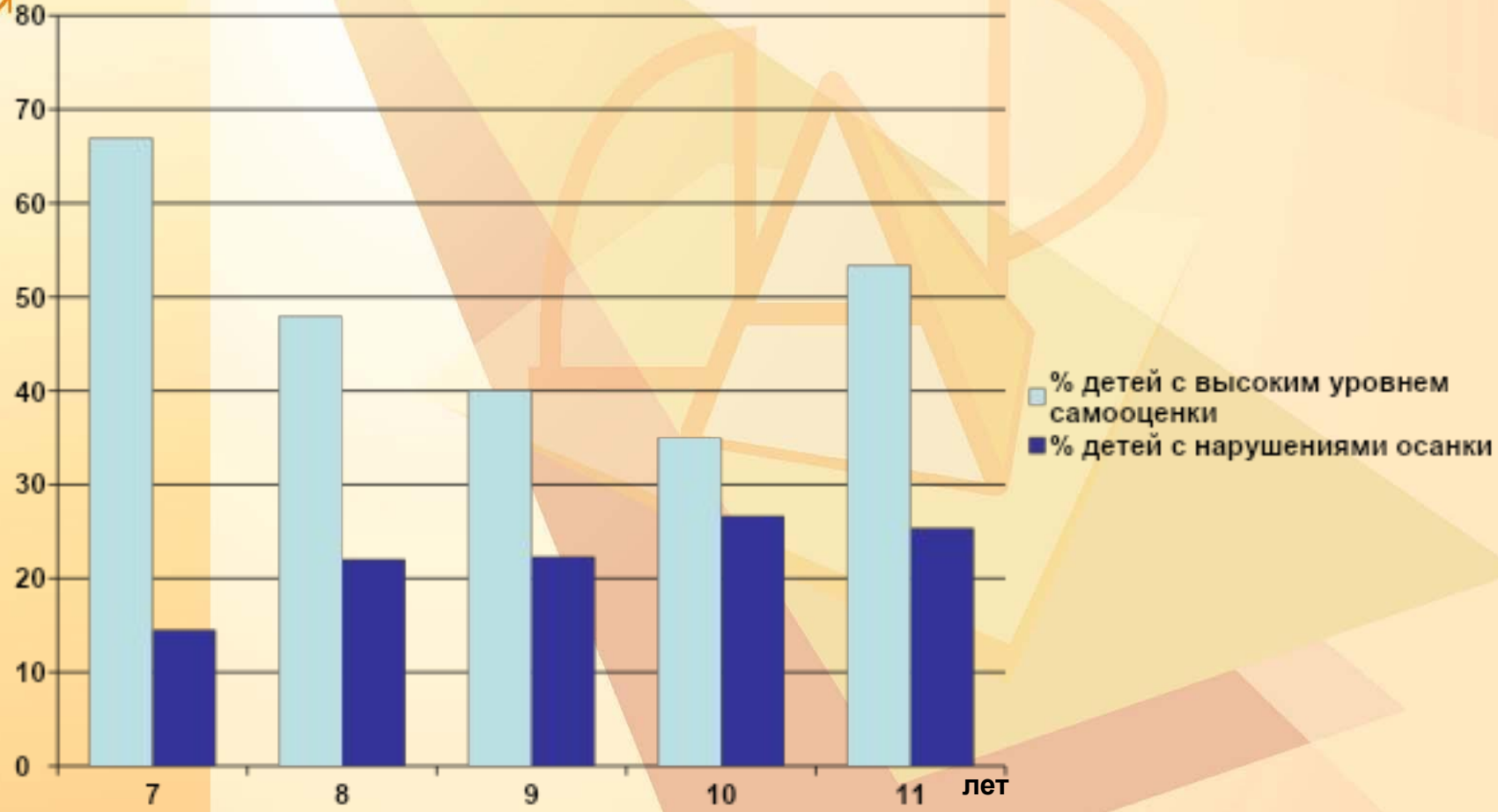
Различие по весо-ростовому индексу Кетле выявляется во всех возрастных подгруппах, достигает уровня статистической значимости в 7-8 лет и 13-17 лет, что позволяет говорить о тенденции к астенизации у школьников с нарушениями осанки.



По определению С.И.Ожегова осанка - внешность, манера держать себя (о положении корпуса, складе фигуры).

В.И. Даль определял хорошую осанку как «сочетание стройности, величавости, красоты» и приводил пословицу: “Без осанки – конь - корова”.

Соотношение уровня самооценки и нарушений осанки у младших школьников





Психо-социальные предикторы нарушений осанки.

Влияние семейной среды

Нарушения осанки достоверно чаще встречались в неполных семьях (63%) у матерей с высшим образованием (78%).

По сравнению со здоровыми сверстниками, дети с нарушениями осанки достоверно чаще расценивают отношение своих отцов как проявление враждебности и гораздо реже, как проявление позитивного интереса

Отношение матери школьники с нарушениями осанки достоверно чаще расценивают как враждебное и непоследовательное

Эмоционально-личностные особенности школьников, имеющих нарушения осанки

Дети с нарушениями осанки имеют более высокий уровень личностной тревожности по самооценочной и межличностной шкалам, но достоверно реже тревожатся в отношениях с учителями

Обладают пониженным уровнем агрессивности и негативизма

**Нарушения осанки в сагиттальной плоскости:
кифоз, лордоз**

**Самооценка ума
97% имеющих кифоз**

**Самооценка уровня
учебы
97% имеющих
нарушение**

**Самооценка уровня
учебы
3% имеющих
нарушение**

**Самооценка
красоты**





Нарушения осанки в сагиттальной плоскости: плоская спина (сглаженные физиологические изгибы)



Индекс агрессивности



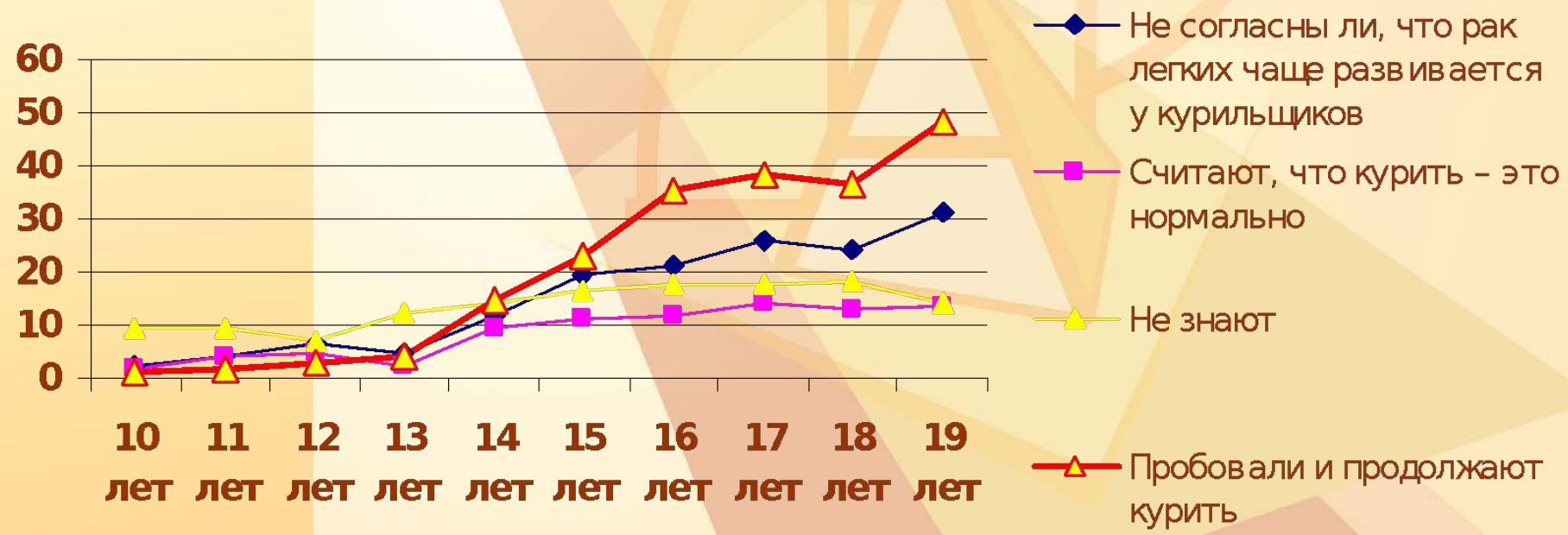
Косвенная агрессия



Непоследовательность воспитательной позиции матери

При непоследовательности воспитательной позиции матери у 90,9% школьников диагностируется плоская спина

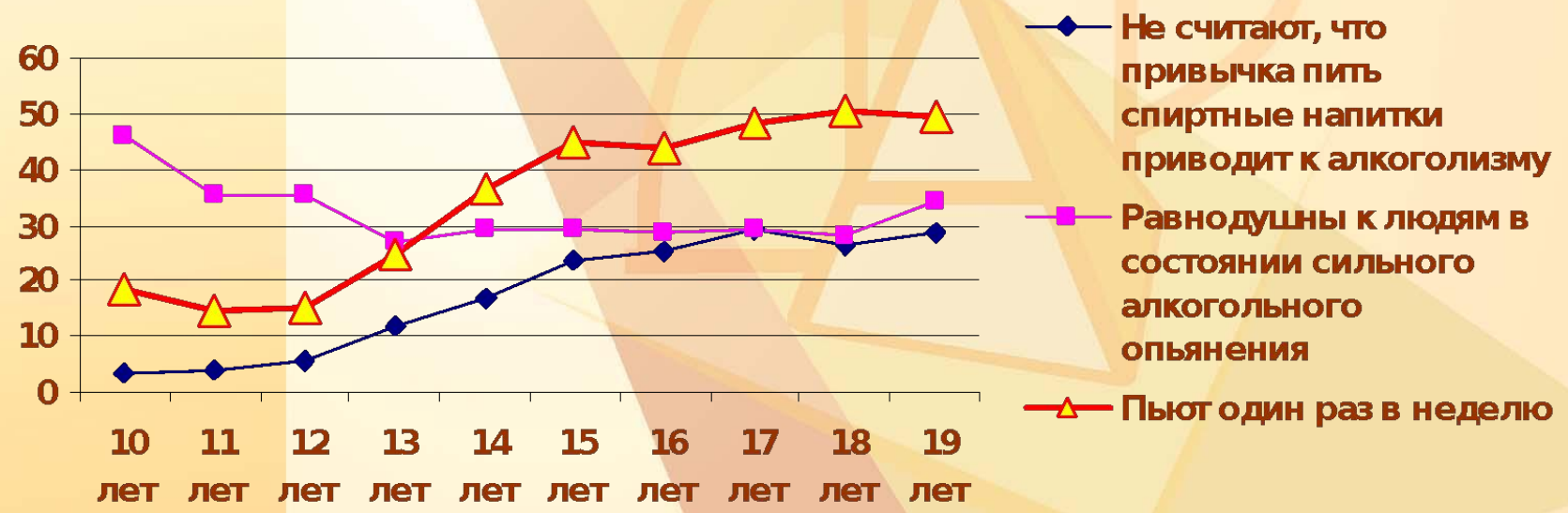
Возрастная динамика компонентов социальной установки относительно курения, % отвечавших





Возрастная динамика компонентов социальной установки относительно употребления алкоголя,

% отвечающих





Динамика компонентов социальной установки на секс без презерватива, % отвечавших

